



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 1998

La difficulté de reconnaître la dangerosité d'un délinquant sexuel violent en psychothérapie

Haas, Henriette

Abstract: Les délinquants sexuels ne sont qu'une petite partie de tous les criminels. Les recherches empiriques ont montré que la combinaison de crimes violents et de traits de personnalité antisociaux implique un très grand risque de récidive pour les délinquants sexuels. Quels sont les mécanismes qui se jouent entre le patient et son thérapeute et qui contribuent au fait que la dangerosité d'un patient criminel ne puisse être estimée par le thérapeute en charge? L'auteur décrit une vignette issue du traitement d'un violeur en série.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-96940>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Haas, Henriette (1998). La difficulté de reconnaître la dangerosité d'un délinquant sexuel violent en psychothérapie. *Médecine et Hygiène*, 56:672-676.

Médecine & Hygiène

REVUE D'INFORMATIONS MÉDICALES
Réservé à la corporation médicale. Paraît chaque semaine

SEXOLOGIE CLINIQUE

ENTRE OURAGAN
SOCIAL ET DRAME
PERSONNEL

- TEST VIH : ENJEUX
POUR LE COUPLE ET
LE MÉDECIN

- LA PRÉVENTION
ET SES LACUNES

- ENNUI SEXUEL

- EXPULSION DES
PROBLÈMES SEXUELS
SUR LE PARTENAIRE

- DANGÉROSITÉ
DU DÉLINQUANT
SEXUEL

- RELAXATION :
DU SYMPTÔME
AU CORPOREL

ANÉMIE ET FONCTION
CARDIAQUE

MALADIES AUTO-
IMMUNES DE
LA THYROÏDE

SANTÉ PUBLIQUE ET
DOCTRINE DU MARCHÉ



H. Haas

LA DIFFICULTÉ DE RECONNAÎTRE LA DANGÉROSITÉ D'UN DÉLINQUANT SEXUEL VIOLENT EN PSYCHOTHÉRAPIE

Les délinquants sexuels ne sont qu'une petite partie de tous les criminels. Les recherches empiriques ont montré que la combinaison de crimes violents et de traits de personnalité antisociaux implique un très grand risque de récidive pour les délinquants sexuels. Quels sont les mécanismes qui se jouent entre le patient et son thérapeute et qui contribuent au fait que la dangerosité d'un patient criminel ne puisse être estimée par le thérapeute en charge ? L'auteur décrit une vignette issue du traitement d'un violeur en série.

Mots-clés : délinquant sexuel • thérapie • dangerosité • psychopathie

A. Les délinquants sexuels

Alarmés par les récidives dramatiques de quelques délinquants sexuels, survenues au cours de ces dernières années, les psychiatres et psychologues ont commencé à remettre en question l'optimisme naïf qui prévalait quant aux possibilités de soigner certaines personnalités anormales ayant commis des crimes graves. Le terme de « délinquant sexuel » a été utilisé dans les médias (on en a même abusé) uniquement en relation avec des crimes violents. Les auteurs de ceux-ci toutefois ne sont qu'une minorité de tous les délinquants sexuels. La majorité se distingue du groupe de récidivistes dangereux par des délits soit de type « égarement unique », de gravité moyenne, soit circonscrits à des actes moins graves, comme le harcèlement téléphonique, l'exhibitionnisme, etc. D'un point de vue statistique, nous avons en 1993 en Suisse 1378 auteurs d'infractions contre les mœurs, 93 hommes condamnés pour viol (art. 187 CPS); 242 hommes et 4 femmes ont été punis pour attentat à la pudeur des enfants (art. 191 CPS) (1). A la lecture de ces chiffres, on comprend que les récidivistes dangereux, qui n'en constituent qu'un sous-groupe, sont très peu nombreux. Nous n'aborderons pas ici les questions relatives au pronostic de la dangerosité qui ont été traitées ailleurs (2, 3). Cet article est consacré à l'étude de certains mécanismes cruciaux inhérents à la relation entre le psychothérapeute (psychiatre) et ces patients en prison.

B. La renaissance du psychopathe

Pour estimer la gravité d'un penchant criminel ou les possibilités de traitement et de réinsertion de patients souffrant d'un trouble de la personnalité, il est nécessaire d'évaluer le niveau de caractéristiques antisociales qu'il présente. Les symptômes suivants, lorsqu'ils sont prédominants, ont permis de prédire de façon significative, un pronostic défavorable. Ceux qui sont issus de la « psychopathy checklist », sont moins objectifs que ceux du CIM-10 (4) ou du DSM-IV (5), mais permettent d'évaluer approximativement le degré de déficit du patient dans ses relations sociales et dans sa capacité de nouer des liens.

Depuis cent ans, les cliniciens connaissent une structure psychodynamique chez quelques patients, qui empêche qu'un véritable rapport

de confiance et de compréhension entre thérapeute et patient s'instaure. Au lieu d'établir une relation symbolique avec le soignant, le patient insiste sur des gratifications directes et trompe le thérapeute dans des registres fondamentaux (6). Le traitement basé sur une confrontation et une interprétation des comportements impulsifs ne semble pas fructueux. Après un siècle de recherches, on en revient toujours à l'observation des premiers psychiatres qui se sont occupés de ces patients : les psychopathes semblent être incapables de changer. Ni les lourdes peines, ni les fortes récompenses, ni l'introspection intelligente, ni l'éducation clémente ne modifient à long terme l'agressivité destructrice de ces patients. Les recherches modernes sur les personnalités antisociales et psychopathiques ont mis en évidence certains faits intéressants qui expliquent en partie leurs résistances à tout changement : on a constaté notamment qu'une majorité de ces patients souffrent de dysfonctions neuropsychologiques (3, 7, 8). Dans leur anamnèse, les lésions cérébrales sont fréquentes et se combinent avec des traumatismes comme la violence familiale, la négligence sévère par les parents ou encore des abus sexuels ou émotionnels.

Concernant le problème des pulsions incontrôlables, force est de constater que ni la psychiatrie, ni la psychologie, ni la neurologie n'ont trouvé de moyen efficace de les traiter. Même sous leurs formes les plus bénignes, chez des personnes normales (sans tendance antisociale), les dérapages de certaines pulsions comme le désir de manger ou de fumer avec excès, ou encore certaines déviations sexuelles sans gravité, ne sont que rarement guéris.

Un très grand nombre de recherches empiriques ont démontré qu'il existe un risque très élevé de récidives chez les auteurs de crimes sexuels ou violents, présentant une psychopathologie antisociale ou psychopathique (8, 9). Le risque que le patient agresse à nouveau une victime se situe dans tous les échantillons entre 50% et 90%. La sévérité de la pathologie dont souffrent la plupart des assassins sexuels, des tueurs, des violeurs et des incendiaires en série, fait qu'ils présentent un grand danger pour la société, ceci jusqu'à un âge avancé. En outre, toutes les études sur l'efficacité des traitements concluent que sous thérapie ce groupe de patients réagit plutôt par une détérioration de leur état. Les traitements (administrés d'ailleurs selon différentes méthodes) ne sont donc pas seulement inutiles, mais même nuisibles au pa-

EVALUATING DANGEROUSNESS OF SEX OFFENDERS IN THERAPY - A DIFFICULT TASK FOR THE THERAPIST

Dangerous sex offenders are only a small minority of all delinquents. Empirical research has shown that the combination of violent offences and antisocial or psychopathic personality profiles demonstrate a greater risk of recidivism for sex offenders. What are the mechanisms that contribute to the fact that the dangerousness of a criminal patient cannot be evaluated by the treating therapist? The author provides a case example of the treatment of a serial rapist.

Méd et Hyg 1998; 56: 672-6

Psychopathy checklist/Cleckley	Personnalité antisociale DSM-IV	Personnalité dissociale CIM-10
1. Troubles de la conduite durant l'enfance 2. Délinquance juvénile	Manifestation de troubles de conduite débutant avant l'âge de 15 ans	Troubles de conduite en enfance et pendant la jeunesse corroborent le diagnostic
3. Absence de buts réalistes à long terme 4. Impulsivité 5. Beaucoup de relations amoureuses à court terme 6. Promiscuité des comportements sexuels	1. Impulsivité ou incapacité de planifier à l'avance	1. Incapacité de maintenir des relations à long terme, mais pas de problème pour trouver des contacts spontanés
7. Trompeur, manipulateur 8. Mensonge pathologique	2. Tendance à tromper par profit ou par plaisir indiquée par des mensonges répétés, utilisation de pseudonymes ou d'escroqueries	
9. Manque de remords ou de sentiments de culpabilité	3. Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui	2. Incapacité de se sentir coupable ou de profiter de ses propres expériences, particulièrement des punitions
10. Expérimenté, polyvalent en matière criminelle 11. Annulation de la libération conditionnelle	4. Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation	3. Attitude marquée et persistante d'irresponsabilité et de mépris pour les normes sociales, les règles et les obligations
12. Besoin d'être stimulé disposition à l'ennui	5. Méprise inconsidérée pour sa sécurité ou celle d'autrui	
13. Irresponsabilité 14. Incapacité d'accepter la responsabilité de ses propres actions 15. Style de vie parasitaire 16. Peu de contrôle des comportements	6. Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières 7. Instabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions	4. Disposition marquée à inculper autrui ou à offrir des rationalisations plausibles suite à des comportements qui ont mené le sujet en conflit avec la société 5. Peu de tolérance à la frustration et un seuil bas de décharge d'agressivité ou de violence
17. Affectivité superficielle, banale 18. Dur/manque de sensibilité pour autrui 19. Spécieux/charme superficiel 20. Sentiment grandiose d'estime de soi-même		6. Indifférence froide pour les sentiments d'autrui et manque d'empathie
Limite qualifiante au moins 30 points	Trois catégories ou plus sont présentes	Trois catégories ou plus sont présentes
échelle de 0 à 2 pour chaque item 0 = absent, 1 = incertain, 2 = présent	Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un épisode maniaque	Instabilité persistante (item additif)

Diagnostic comparatif des adultes avec un déficit structurel du surmoi.

tient (10, 11).
Alors que le dossier de ces criminels antisociaux regorge d'échecs et de violences, nous devons nous interroger sur les raisons qui amènent certains fonctionnaires en contact personnel avec ces détenus à se laisser tromper (12). Y a-t-il des pièges psychologiques derrière le soi-disant laxisme dans le travail avec ces détenus ? Et pourquoi la relation proche amène-t-elle si souvent à une identification partielle avec ces patients ?

C. La psychothérapie en prison

En tant que psychothérapeute en milieu carcéral, l'auteur a rencontré plusieurs patients affectés de structures psychopathiques graves, et en définitive, rebelles au traitement. Les psychothérapeutes de prisons se trouvent fréquemment confrontés au paradoxe suivant : la sentence du détenu impose une prise en charge thérapeutique (selon l'art. 43 CPS) alors même que le «state of the art» en

psychothérapie contre-indique explicitement un traitement pour ce genre de situation.

Chez une majorité de patients violents, l'agressivité incontrôlable se manifeste dans le transfert, par leur incapacité à tolérer les frustrations. En revanche, la situation se présente différemment chez les criminels bien organisés (13). La vignette qui suit issue de la thérapie avec Marc illustrera ce point, véritable piège lors du traitement de ce type de détenus.

Marc

Marc, après quelques expériences douteuses au cours de son enfance, avait commis ses premiers délits sexuels à l'âge de quinze ans. Il avait bénéficié de bonnes relations avec sa mère et son grand-père, mais avait souffert d'abus sexuels et de diverses violences de la part d'autres membres de la famille. De l'extérieur, la famille de Marc semblait tout à fait normale.

Après avoir reçu une formation d'artisan dans une institution pour délinquants juvéniles, Marc a mené une vie bien intégrée dans la société pendant près de dix ans. Il était accepté au sein d'un cercle de jeunes, gagnait un bon salaire et possédait plusieurs véhicules. Son seul problème apparent était qu'il avait tendance à trop boire et qu'il prêtait son concours occasionnel à certaines formes de délinquance secrète.

Une fois, il fut arrêté ivre à quatre heures du matin par la police, alors qu'il ne retrouvait plus sa voiture. On l'interrogea au sujet d'un viol commis cette nuit-là. Bientôt, on le soupçonna d'être l'auteur de toute une série de viols perpétrés dans la région. Il dénia tout, jusqu'à la confrontation avec l'analyse de l'ADN qui prouvait sa culpabilité avec certitude. Par la suite, il avoua d'autres viols, commis avec une grande cruauté.

Au cours des six ans de psychothérapie expressive et confrontative (10), Marc faisait apparemment d'authentiques progrès. Au début, il excusait ses crimes en les mettant sur le compte de l'alcool. Il déniait toute influence des abus sexuels subis au cours de son enfance, mais reconnaissait que le climat de violence familiale avait sans doute laissé des traces dans son caractère. Bientôt, il parla ouvertement de son passé et avoua un grand nombre d'autres délits qui n'avaient pas été encore découverts : des cambriolages, des bagarres entre hommes et le commerce de drogues douces.

Un jour, au cours de la deuxième année de traitement, Marc se présenta à l'heure de son rendez-vous, un sourire aux lèvres et entama la discussion. L'ambiance était agréable, détendue, celle d'une journée particu-

lière. Je lui communiquai mon impression subjective. Il répondit que c'était étonnant car, au contraire, il ne se sentait pas bien. Il fit montre de quelques résistances et ne voulut pas donner de détails sur les causes de son état. Enfin, il avoua avoir eu un conflit avec un gardien et avoir été renvoyé du poste de travail qu'il préférait. En réalité, il étouffait de rage, ce qui n'apparaissait pas vraiment, même après qu'il eut explicité ses sentiments. Marc raconta ensuite comment il avait réussi à se stabiliser et à contrôler sa rage, pour le moment. Il avait élaboré un plan diabolique visant à détruire la vie de ce gardien. Cette fantaisie de revanche sadique lui donnait apparemment une telle satisfaction qu'il paraissait non seulement détendu, mais même spécialement de bonne humeur. Cet incident était, en dehors des informations contenues dans le dossier, le seul élément qui montrait qu'on avait à faire avec Marc, à un patient particulièrement dangereux.

Marc déniait que son caractère eût quelque chose à voir avec ses délits sexuels. Au cours de la cinquième année de traitement toutefois, il abandonna cette défense. Il avait découvert de lui-même qu'il avait fréquemment eu recours à la force envers les femmes qu'il avait connues. Dans ce sens, son choix s'était régulièrement porté sur des femmes qui étaient elles-mêmes habituées à être victimisées. Au gré des années d'emprisonnement, Marc devenait moins narcissique et moins agressif ; ce qui était perçu par tout son entourage. Dans le traitement, Marc donnait l'apparence d'un patient borderline du niveau moyen, un cas bénin. Peut-on vraiment le croire maintenant guéri ?

Commentaire

Compte tenu du dossier de Marc et des recherches psychologiques menées par le FBI sur des personnalités sadiques bien structurées (14), le pronostic paraît moins favorable. Il laisse plutôt craindre l'éventualité d'un passage à l'homicide sériel lorsque Marc atteindra la quarantaine. Les conditions légales sont telles que Marc doit être libéré lorsqu'il aura purgé sa peine (15) ; on ne peut que recommander au patient de se tenir sur ses gardes durant toute sa vie – et espérer qu'il le fera. Le mécanisme sadique si jouissif pour lui n'a été visible qu'une seule fois, pendant dix minutes à peu près, au cours d'un traitement de plus de six ans. Peut-être cette tendance sadique a-t-elle disparu grâce au traitement ; on pourrait même douter de l'importance d'une telle observation isolée. Mais l'auteur de cet article est convaincue par son expérience clinique en pénitencier, qu'après de cette population, cette sorte d'observation de détail possède une signification et un poids oraculaire.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Office fédéral de la statistique (OFS): *Annuaire statistique de la Suisse*. Berne, 1996.
- 2 Hoas H. *Grenzen der Behandlung persönlichkeitsgestörter Gewalttäter*. *Neue Zürcher Zeitung* 31 Aug/1, Sept. 1996 ; 202 : 17.
- 3 Hoas H. *Arbeiten an der Schnittstelle von Strafrecht und Psychopathologie*. In: *Bulletin de Criminologie*. Lausanne : Groupe suisse de travail de criminologie, août 1997.
- 4 Organisation mondiale de la santé (OMS). *Classification internationale des maladies CIM-10*. Genève, 1994.
- 5 American Psychiatric Association (APA). *Mini-DSM-IV. Critères diagnostiques*. Paris : Masson, 1996.
- 6 ■ ■ ■ Hurni M, Stoll G. *La haine de l'amour*. Paris : L'Harmattan, 1996.
- 7 ■ ■ ■ Prins H. *Offenders, Deviants or Patients ?* London : Tavistock, 1995.
- 8 ■ ■ ■ Hodgins Sh. (Ed.). *Mental Disorder and Crime*. Newbury Park Ca : Sage Publications, 1993.
- 9 Monahan J, Steadman H. *Violence and Mental Disorder. Developments in Risk Assessment*. London, Chicago : University of Chicago Press, 1994.

- 10 ■■■ Kernberg OF. *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1989.
- 11 ■■■ Meloy JR. *The Psychopathic Mind. Origins, Dynamics, Treatment*. London: Jason Aaronson, 1992.
- 12 Haas H. *Geisterfahrer der Gesellschaft: Psychoanalytische Therapie im Gefängnis*. Intra, Herbst 1995; 25: 61-6.
- 13 ■■ Holmes R, Holmes S. *Profiling Violent Crimes*. London: Sage Publications, 1996.
- 14 Dietz P, Hazelwood R, Warren J. *The Sexually Sadistic Criminal and His Offenses*. Bull Am Acad Psychiatry Law 1990; 18: 163-78.
- 15 Stratenwerth G. *Schweizerisches Strafrecht*. Bern: Stämpfli, 1996.
- 16 ■■■ Gabbard G. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.

■ à lire

■■■ à lire absolument.

Adresse de l'auteur :

Pr Henriette Haas
Institut de police scientifique
et de criminologie
BCH-UNIL
1015 Lausanne

Au terme de plusieurs années de travail, les résultats et les synthèses finales de l'enquête «Analyse des comportements sexuels en France» réalisée en 1992 sur 20 000 personnes sont publiés dans deux ouvrages collectifs :

- *La sexualité aux temps du Sida* aux Presses Universitaires de France, coordonné par N. Bajos, M. Bozon, A. Ferrand, A. Giami et A. Spira (494 pages collection Sociologie d'aujourd'hui). ISBN : 2-13048984-2.
- *Comportements sexuels et Sida en France* aux éditions de l'INSERM, coordonné par N. Bajos, A. Giami, H. Leridon, R. Laurent et A. Spira (Collection Questions en Santé publique, 380 pages, sous presse). ISBN : 2-85598-714-8.

L'enquête a été réalisée par 25 chercheurs en sciences sociales et en épidémiologie travaillant à l'INSERM, à l'INED, au CNRS et à l'Université, sous la responsabilité de A. Spira et N. Bajos.

Le fait que certains psychopathes intelligents puissent faire preuve d'une personnalité très aimable, parfois même charismatique, est bien connu. Il s'agit là d'une dissimulation d'un trouble psychique qui est basé sur la séduction. Meloy (11) et Gabbard (16) décrivent ce mécanisme sous le terme de «pseudo-identification maligne». De tels patients intelligents savent donner l'impression que le thérapeute traite un cas hyper-intéressant. D'autres patients, moins doués, peuvent suggérer qu'ils sont des boucs émissaires et ainsi en appeler au surmoi du thérapeute pour qu'il les émancipe de ce cercle vicieux. Ainsi, les professionnels peuvent être trompés et abusés, pour des objectifs bien loin de la réhabilitation.

La menace de Marc avait une qualité particulière spécifique aux psychopathes graves, qui fait froid dans le dos. Dans le contre-transfert, on a l'impression d'avoir à faire à un individu qui ne connaît aucune limite (11, 16). Cette particularité est difficile à communiquer et ceux qui n'ont jamais fait cette expérience ont de la peine à croire que cela existe en dehors des films.

D. Discussion et conclusion

La difficulté à reconnaître intuitivement la dangerosité des criminels, provient du clivage :

chez les thérapeutes, on n'entend souvent qu'un côté idéalisé du patient. Les fantaisies sadiques cachées ne sont que rarement divulguées à l'extérieur. Malheureusement, dans ces cas, la perte du contrôle de soi pendant une seule heure par an suffit déjà à entraîner un crime. Un autre aspect, trop souvent négligé de la problématique des psychopathes, est leur mode relationnel de type symbiotique. Le contre-transfert des thérapeutes face au désir d'une relation fusionnelle et intense telle que ces patients l'expriment, est la vraie source de l'aveuglement de beaucoup de professionnels quant à la dangerosité de leurs patients criminels. Au moment où l'on met en relation les représentations idéalisées de l'enfant abusé d'autrefois avec sa réalité actuelle et avec ses déficiences relationnelles, le criminel d'aujourd'hui retourne à ses anciennes images sadiques qu'il remet en scène.

En conclusion, selon l'expérience de l'auteur, ces principales difficultés décrites nous montrent l'importance cruciale, pour ces cas particuliers, de la prise en compte d'une opinion secondaire, basée sur des examens psychologiques, neurologiques et neurobiologiques, ou encore de la comparaison avec des études empiriques, pour l'évaluation de la dangerosité future des détenus ; ceci non seulement pour déterminer l'indication à une thérapie, mais aussi pour l'évaluer à la fin du traitement.



LIVRE

LA SEXUALITÉ EN FRANCE Résultats et synthèse finale de l'enquête «Analyse des comportements sexuels en France»

Au cours des dernières décennies, la vie sexuelle s'est allongée, et le répertoire des pratiques sexuelles s'est élargi. Les comportements des hommes et des femmes se sont rapprochés. En particulier, les femmes se déclarent plus satisfaites de leur vie sexuelle qu'il y a vingt ans. Cependant des différences majeures subsistent dans la manière dont la sexualité est vécue. Les femmes, qui ont acquis désormais une plus grande autonomie sociale et économique, sont devenues plus actives et plus exigeantes dans leurs relations avec les hommes. Elles cherchent toujours davantage à inscrire leur sexualité dans le cadre d'une relation, tandis que les hommes peuvent la vivre de façon beaucoup plus individuelle. Ces divergences se retrouvent également au sein du couple. L'arrivée d'un enfant modifie la disponibilité matérielle mais aussi psychologique, des femmes et leurs attentes à l'égard de la sexualité conjugale, alors que cet événement affecte moins directement les hommes sur le plan sexuel.

Les processus qui conduisent un individu à changer son comportement sexuel pour tenir compte du risque d'infection sont complexes et vont bien au-delà d'une bonne connaissance des modes de transmission ou de la conscience d'avoir un comportement à risque. Et l'adapta-

tion au risque ne se limite pas aux méthodes préconisées dans les campagnes de prévention. Les résultats de l'enquête montrent ainsi que les expériences différentes qu'ont les hommes et les femmes de la sexualité ont une influence sur les comportements de prévention. La confiance étant une composante qui structure la sexualité féminine, les femmes préfèrent sélectionner leurs partenaires, faire leur connaissance avant de «passer à l'acte», plutôt que d'avoir à utiliser un préservatif. Elles privilégient ainsi une gestion relationnelle plutôt que technique du risque. Cette stratégie de sélection est moins fréquente chez les hommes. Les chercheurs montrent également que les discussions que les individus peuvent avoir sur la sexualité et la prévention contribuent à modifier leurs normes et, *a fortiori*, leurs comportements. Ce que peut faire un individu est conditionné par le soutien ou par la désapprobation qu'il peut s'attendre à recevoir en fonction des normes des différents cercles qu'il fréquente. Ce n'est donc pas un individu isolé qui change son comportement mais un acteur engagé dans des réseaux sociaux particuliers.

Les données de l'enquête ACSF montrent que l'arrivée du Sida n'a pas modifié en profondeur l'activité sexuelle de la population dans son ensemble et que les comportements de prévention dépendent fortement de facteurs sociaux et relationnels, ce qui suggère que les politiques de prévention ne devraient pas être seulement centrées sur la responsabilité de l'individu.